

臺中市太平區衛生所檔案應用申請書-範例

申請書編號：

| 姓 名 | 出生 年月日 | 身分證明 文件字號 | 住(居)所、聯絡電話 |
|--|-------------|--------------|--|
| 王太衛 | 50.01.01 | A123654987 | 地址：臺中市太平區中山路一段213-1號 電話：(H) <u>04-23938083</u> (O) e-mail： |
| ※代理人與申請 人之關係 () | | | 地址： 電話：(H) _____ (O) |
| ※法人、團體、事務所或營業所名稱：_____ 地址： (管理人或代表人資料請填於上項申請人欄位) | | | |
| 序號 | 請先查詢檔案目錄後填入 | | 申請項目(可複選) |
| | 檔 號 | 檔案名稱或內容要旨 | 【閱覽、抄錄】【複製】 |
| 1 | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2 | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3 | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4 | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 5 | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 6 | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7 | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8 | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ※序號_____有使用檔案原件之必要，事由： | | | |
| 申請目的： <input type="checkbox"/> 歷史考證 <input checked="" type="checkbox"/> 學術研究 <input type="checkbox"/> 事證稽憑 <input type="checkbox"/> 業務參考 <input type="checkbox"/> 權益保障 <input type="checkbox"/> 其他(請敘明目的)： | | | |
| 此致 臺中市太平區衛生所 | | | |
| 申請人簽章：_____ ※代理人簽章：_____ 申請日期：_____年____月____日 | | | |